

Gebühr  
?

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Muster

Geb.-  
pfl.

Name, Vorname des Versicherten

Max Mustermann  
Musterstraße 1  
Musterstadt

geb. am  
01.01.1900

noctu

Sonstige

Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status

11111111      11111111      11111

Unfall

Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum

11111111      11111111      01.01.1900

Arbeits-  
unfall

BVG	Hilfs- mittel	Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK
6	X	8	9		

Zuzahlung      Gesamt-Brutto

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.      Faktor      Taxe

1. Verordnung		
---------------	--	--

2. Verordnung		
---------------	--	--

3. Verordnung		
---------------	--	--

**Rp.** (Bitte Leerräume durchstreichen)

Vertragsarztstempel

aut  
idem

2 Paar Kompressionsstrümpfe AG CCL2 mit Haftrand nach Maß

aut  
idem

Diagnose: wird vom Arzt gestellt

aut  
idem

6667

--	--	--	--	--	--

Abgabedatum  
in der Apotheke

Unterschrift des Arztes  
Muster 16 (10.2014)

Bei Arbeitsunfall  
auszufüllen!

Unfalltag	Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer